

SALINA FAMILY HEALTHCARE CENTER**FORMA DE REGISTRO DEL PACIENTE**

La siguiente información nos ayuda a cuidar mejor de usted. Toda la información obtenida se tramite de una manera confidencial y privado. Cualquier espacio en blanco será considerado una "negar comentarios al respecto."

Nombre legal:			
Nombre preferido:			
¿Qué Sexo legal? Masculino Femenina		Sexo asignaron al nacer (si es diferente)?: Masculino Femenina	
SFHC reconoce una serie de géneros y sexos. Muchas compañías de seguros y entidades legales no lo hacen. El nombre legal y el sexo en su seguro médico deben usarse en todos los documentos de seguro médico, facturación y correspondencia. háganos saber su nombre y pronombres preferidos.			
Fecha de nacimiento:		# de seguro social:	
Sus respuestas a las siguientes preguntas nos ayudarán a comunicarnos con usted de una manera rápida y discreta con información importante			
Teléfono de casa:	Teléfono de celular:	Teléfono Trabajo:	Mejor Número para utilizar: Casa Celular Trabajo
Dirección:	Ciudad:	Estado:	Código postal:
¿Esta es vivienda pública? Si No			
Dirección de facturación (si es distinta a la de arribar):		Ciudad:	Estado: Código postal:
Dirección de correo electrónico:		Método de contacto preferido: Teléfono Email Carta Texto	
Ocupación:		Empleador/Nombre de escuela:	
Nombre de contacto en caso de emergencia:	Número de teléfono:	Relación:	

PERMISO PARA DIVULGAR INFORMACIÓN: Permiso para divulgar información; Aliste las personas que podemos divulgar información sobre su atención médica. (Se requiere una nueva lista cada vez que se completa el formulario. El consentimiento permanece vigente hasta que se proporcione una nueva lista o se revoque por escrito).

Contacto de emergencia		Nadie más	
1)	Número de teléfono:		
2)	Número de teléfono:		
3)	Número de teléfono:		
Nombre legal del padre/guardián #1:	Número de teléfono:	Relación:	
Nombre legal del padre/guardián #2:	Número de teléfono:	Relación:	
Cuidador principal (si es diferente del padre/guardián):	Número de teléfono:	Relación:	
Forma notariada para Tratamiento del menor es REQUERIDO si no es padre/tutor legal. consulte con la recepción para obtener el formulario.			

Información De Seguro Médico

Complete TODA la siguiente información con respecto a su seguro médico. (entregue sus tarjetas de seguro con la recepcionista)

Nombre del seguro médico primario:	ID#	Group#
Nombre del seguro médico secundario:	ID#	Group#
Nombre del seguro dental primario:	ID#	Group#
Nombre del seguro dental secundario:	ID#	Group#
Nombre del seguro visión:	ID#	Group#

La siguiente información es para fines demográficos y no afectará su acceso a la atención ni la calidad de la atención que recibe

Raza "otra raza" Blanco Negro/africano-americanos Asiático Nativo hawaiano Indio americano / nativo de Alaska Otros isleño Isleño del pacífico	Entidad "Cubano" Hispano/Latino No Hispano/Latino	Idioma preferido Ingles Español Vietnamita Lenguaje de Señas Otro (especifique): _____
	Veterano Veterano No un Veterano	

Estado civil Desconocido (U) Casado/a (M) Soltero/a (S) Divorciado/a (D) Separado (X) Viudo/a (W) Pareja (P)	Orientación sexual Lesbiana, gay u homosexuales Heterosexual Bisexual Algo más por favor describa: No Sé Elijo no divulgar	Pronombre preferido El Ella Ellos	Identidad de género Hombre Mujer Hombre transgénero Mujer a hombre Mujer transgénero Hombre a mujer Género no conforme (ni exclusivamente masculino ni femenina) Categoría de género adicional / otro, por favor especifique Elijo no divulgar
--	---	---	--

¿ Ha estado sin hogar on cuabquier momento en este año civil? Sí No

¿ Es usted un agricultor estacional o migratorio? Sí No

¿ Tiene usted una directiva anticipada? (testimonio en vivo o DNR, no resucitar por su siglas en ingles) Sí No
 Si si por favor dele una copia a la recepcionista.

El tamaño de la familia y el ingreso (según el número de personas que Viven en su casa, marque el rango de ingresos que pertenece a usted):

1 Persona \$ 0 - \$ 15,650 \$ 15,651 - \$ 20,971 \$ 20,972 - \$ 26,136 \$ 26,137- \$ 31,300 Encima \$ 31,301	2 Personas \$ 0 - \$ 21,150 \$ 21,151 - \$ 28,341\$ 28,342 - \$ 35,321\$ 35,322 - \$ 42,300 Encima \$ 42,301	3 Personas \$ 0 - \$ 26,650 \$ 26,651 - \$35,711 \$ 35,712 - \$ 44,506 \$ 44,507- \$ 53,300 Encima \$ 53,301	4 Personas \$ 0 - \$ 32,150 \$ 32,151 - \$43,081 \$ 43,082 - \$53,691 \$ 53,692 - \$64,300 Encima \$ 64,301
5 Personas \$ 0 - \$ 37,650 \$ 37,651- \$ 50,451 \$ 50,452 - \$ 62,876 \$ 62,877 - \$ 75,300 Encima \$ 75,301	6 Personas \$ 0 - \$ 43,150 \$ 43,151 - \$ 57,821 \$ 57,822 - \$ 72,061 \$ 72,062 - \$ 86,300 Encima \$ 86,301	7 Personas \$ 0 - \$ 48,650 \$ 48,651 - \$ 65,191 \$ 65,192- \$ 81,246 \$ 81,247 - \$ 97,300 Encima \$ 97,301	8 Personas \$ 0 - \$ 54,150 \$ 54,151 - \$ 72,561 \$ 72,562 - \$ 90,431\$ 90,432 - \$ 108,300 Encima \$ 108,301

Por favor aliste por nombre y especialidad, cualquier proveedor de salud fuera de la clínica que usted mira (ex: OB/GYN, GI, cardiólogo,terapeuta, etc.):

Nombre de Doctor/Clínica	Tipo de Doctor/Clínica
1) _____	1) _____
2) _____	2) _____
3) _____	3) _____

Firma del Paciente/guardián legal:

Fecha de hoy:

For Office Use Only
 Form Processed by: _____

NUEVO Y ANUAL FORMULARIO DE RECONOCIMIENTO Y CONSENTIMIENTO DEL PACIENTE

Nombre legal:	Fecha de nacimiento / /
<p>Asignación de Beneficios y Autorización Para Revelar Información Médica: Solicito que el pago de beneficios autorizado del Seguro de Medicare, Medicaid, y/o de cualquier otro portador de seguro medico aplicable, se hagan a mí, o en mi favor, a Salina Family Healthcare, por cualquier servicio, incluyendo pero no limitado a telemedicina y/o teledontología (dentista), proporcionado a mí y/o miembro dependiente de mi familia por mi proveedor medico. Autorizo cualquier quien tenga información medical/dental/vision sobre mí y/o miembro de familia de ser revelada a la Departamiente de Niños y Familias, los centros de Seguro Medicare, Medicaid (CMS), del seguro(s) aplicable, y/o de los agentes de estas compañías, y/o de la persona (s) alistada responsable, cualquier información necesitada para determinar estos beneficios o los benéficos para otros servicios relacionados.</p>	
<p>Consentimiento Para Inmunización: Doy el consentimiento para que mi niño/a reciba todas las inmunizaciones recomendadas por el Centro para el Control y la Prevención de Enfermedades. Entiendo que esta clínica sigue las guías del Centro para el Control y la Prevención de Enfermedades para el horario, la dosis, y las vacunas particulares en la administración de estas inmunizaciones.</p>	
<p>Política de Cuentas Financieras: Por mi firma abajo, acuerdo con las Pólizas de la Cuenta Financiera dispuestas por Salina Family Healthcare Center. Una descripción detallada de la póliza de la cuenta financiera está disponible para todos los pacientes, por requisito.</p>	
<p>Divulgación de la cobertura de seguro: También he revelado toda la cobertura de seguro medico en efecto cuando los servicios fueron proporcionados. Entiendo que la falta de informarle a Salina Family HealthCare Center cualquier cobertura de seguro medico del tercer partido será considerada fraude y entiendo que la clínica procesará al grado más completo de la ley.</p>	
<p>Reconocimiento de servicios: Al firmar a continuación, yo reconozco que Salina Family Healthcare Center ofrece un modelo de cuidado integral donde evaluación y consulta de comportamiento de salud será parte del cuidado brindado al paciente – en un ambiente centrado –al paciente.</p>	
<p>Responsabilidad y Derechos del Paciente y del Centro: Yo reconozco que he recibido una copia de la forma de Derechos y responsabilidades del Paciente y Centro de Saliana family Healthcare Center. Le pedimos a usted reconocer el recibo de este documento, firmando a continuación. Usted debe mantener una copia de Derechos y Responsabilidades del Paciente y Centro; sin embargo, si desea recibir otra copia usted puede solicitar una copia en cualquier momento. La copia más actual de Derechos y Responsabilidades del Paciente y Centro; estará puesta en nuestra oficina. Yo reconozco que he recibido una copia de Derechos y responsabilidades del Paciente y Centro del centro de mi proveedor médico <u>17 de octubre de 2024</u>.</p>	
<p>Aviso de Practicas de Privacidad: Mantener la privacidad de su información médica es muy importante para nosotros. Se le ha ofrecido nuestro Aviso de prácticas de privacidad. Le pedimos que reconozca que recibo este Aviso firmando a continuación. Debe conservar una copia del Aviso; sin embargo, si desea recibir otra copia, puede solicitar una copia en cualquier momento. La copia más actualizada de este Aviso se publicará en nuestra oficina y en el sitio web. Reconozco que se me ofreció una copia del Aviso de prácticas de privacidad del Centro efectivo el <u>28 de octubre de 2020</u>.</p>	
<p>Visitas de televideo: Doy mi consentimiento para las visitas de telemedicina, incluyendo las visitas médicas, de salud conductual, dentales, de farmacia, cuidado de ojos y de enfermería. Acepto utilizar la plataforma de videoconferencia para sesiones virtuales. * Todas las leyes existentes con respecto a su acceso a la información médica y las copias de su registro médico se aplican con esta consulta de telemedicina. Todas las protecciones de confidencialidad existentes bajo la ley federal y estatal de Kansas se aplican a la información divulgada durante esta consulta / cita de telemedicina. Puede retener o retirar su consentimiento para la consulta o cita de telemedicina en cualquier momento sin afectar su derecho a recibir cuidado o tratamiento en el futuro, ni correr el riesgo de perder o retirar beneficios de cualquier programa a los que de otro modo tendría derecho. Se pueden tomar grabaciones de video, audio y / o fotos durante la consulta, cita o servicio.</p>	
Firma del Padre/guardián legal:	Fecha de hoy:

Nombre del paciente: _____

Fecha de nacimiento: _____

Cuestionario sobre determinantes sociales de la salud (SDOH)

El objetivo de este cuestionario es de comprender mejor las circunstancias de la vida diaria que pueden afectar su salud. Marque la(s) respuesta(s) que sean más verdaderas para usted en la columna izquierda.

(Q7) ¿Cuál es su situación de vivienda hoy?

	Tengo vivienda
	No tengo vivienda (vivo con otras personas, en un hotel, en un refugio, en la calle, playa, en un carro o en un parque)
	Elijo no responder a esta pregunta

(Q8) ¿Le preocupa perder su vivienda?

	Si
	No
	Elijo no responder a esta pregunta

(Q14) Durante el último año, ¿usted o algún miembro de su familia con el que vive *no ha podido* obtener alguno de los siguientes servicios cuando *realmente los necesitaba*? Marque todas las opciones que correspondan

Si	NO	
		Alimentos
		Servicios públicos
		Medicamentos o cualquier atención médica (médica, dental, de salud mental,)
		Teléfono
		Ropa
		Guardería
		Otro (escriba):
		Elijo no responder a esta pregunta

(Q15) ¿La falta de transporte le ha impedido asistir a citas médicas, reuniones, ir al trabajo o conseguir cosas necesarias para la vida diaria? Marque todas las opciones que correspondan.

	Sí, me ha impedido asistir a citas médicas o conseguir mis medicamentos
	Sí, me ha impedido asistir a reuniones no médicas, citas, ir al trabajo o conseguir cosas que necesito
	No
	Elijo no responder a esta pregunta

(Q17) El estrés se produce cuando alguien se siente tenso, nervioso, ansioso o no puede dormir por la noche porque su mente está perturbada. ¿Qué tan estresado estás?

	Para nada
	Un poquito
	Algo
	Bastante
	Muchísimo

(Q20) ¿Te sientes física y emocionalmente seguro donde vives actualmente?

	Si
	No
	Inseguro/a
	Elijo no responder a esta pregunta
	No aplicable

(Q21) Durante el último año, ¿le ha tenido miedo a su pareja o expareja?

	Si
	No
	Inseguro/a
	Elijo no responder a esta pregunta
	No aplicable

Si identificó alguna de las inquietudes de arriba, infórmenos si está bien que nos comuniquemos con usted para brindarle información sobre los recursos disponibles.

- Estoy de acuerdo con recibir recursos impresos por correo
- Estoy de acuerdo con una llamada telefónica o una visita con un coordinador de atención o especialista en conducta, si se indica
- Rechazo servicios adicionales

Ingresado por: (Solo para uso de la oficina)

Firma del paciente: _____

Fecha: _____

Completado por el padre/tutor

****Si no se completa este cuestionario, se considerará un resultado negativo**